



PRESCRIZIONE DI FARMACI A SCUOLA - ex DGR 6919/2017 (all 1)

**SOMMINISTRAZIONE IN AMBITO SCOLASTICO DI FARMACI PER TERAPIE CRONICHE O ACUTE CHE
PREGIUDICANO GRAVEMENTE LO STATO DI SALUTE**

**INFORMAZIONI DA RIPORTARE NELLA
CERTIFICAZIONE-PIANO TERAPEUTICO
REDATTA DAL MEDICO CHE HA IN CURA L'ALUNNO/A**

(*Pediatra o Medico di Famiglia o Specialista operante nel Servizio Sanitario Nazionale*)

1. medico operante nel Servizio Sanitario Nazionale

cognome _____ nome _____

2. Qualifica

Pediatra

Medico di Famiglia

Specialista

3. Alunno

cognome _____ nome _____

data di nascita _____

codice fiscale

4. Farmaco/i da somministrare assolutamente durante l'orario scolastico

Principio attivo _____

Nome commerciale _____

Forma farmaceutica _____

Modalità di somministrazione da parte di terzi autosomministrazione

Dosaggio _____ orario _____

Modalità di conservazione _____

Durata dal _____ al _____

continuativa

Descrizione dell'evento che prevede la somministrazione _____

In caso di **somministrazione di ADRENALINA** per rischio anafilassi

a) Nome del farmaco _____

b) Dose e modalità di somministrazione _____

c) Evento che determina l'esigenza di somministrazione del farmaco _____

NOTE

- La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata
- La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa
- In caso di cambio istituto deve essere ripresentata
- I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico
- Eventuali variazioni vanno certificate e comunicate tempestivamente
- Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro che esercita la potestà